

Formulario
Form 499R-2W-2 PR
Rev. 05/04

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name MARIA		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	
4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>		8. Sueldos - Wages 29,505.46		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
5. Núm. Seguro Social Conyuge Spouse's Social Security No.		9. Comisiones - Commissions 0.00		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481		10. Concesiones - Allowances 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
7. Costo de Pensión o Anuidad Cost of Pension or Annuity		11. Propinas - Tips 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 29,505.46	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		12. Total a pagar 10+11 29,505.46		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 427.83	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date		14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,602.04		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 39190201		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 2,462.52		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00					

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Corte aquí

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario
Form 4998-2W-2 PR
Rev. 05/05

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name MARIA		3. Núm. Seguro Social Social Security No.		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) MATEO TORRES		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>		7. Sueldos - Wages 31,639.45		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628		5. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481		8. Comisiones - Commissions 0.00		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00		9. Concesiones - Allowances 0.00		10. Propinas - Tips 0.00		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 31,639.45	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address LS002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		11. Total: 7+8+9+10 31,639.45		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00		20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 458.77	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1830.58		14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2597.52		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
Número de Control - Control Number 50613439		Año: Year: 2005		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00			

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas

Reproducido por: Departamento de Hacienda

FORMA LARGA										PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)										Número de Serie																			
Liquidador					Revisor					2006					ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA					2006					PLANILLA ENMENDADA														
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS										AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL										PLANILLA ENMENDADA																			
1 de Enero de 06										Y TERMINADO EL 31 de Dic de 06										FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Dia / Mes / Año																			
Nombre del Contribuyente										Apellido Paterno										Apellido Materno										Número de Seguro Social Contribuyente									
MARIA										MATEO										TORRES										Sello de Pago									
Dirección Postal										Fecha de Nacimiento										Sexo																			
A.C. 02.3046045										Dia Mes Año										M F																			
Código Postal										Número de Seguro Social Cónyuge										Número de Recibo																			
Código Postal										Fecha de Nacimiento del Cónyuge										Importe																			
Código Postal										Dia Mes Año																													
Código Postal										Teléfono Residencia																													
Código Postal										Teléfono del Trabajo																													
Código Postal										Cambio de Dirección																													
Código Postal										SI No																													
Código Postal										ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:																													
Código Postal										1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta																													
Código Postal										2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)																													
Código Postal										(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)																													
Código Postal										3. Jefe de familia (No para casados)																													
Código Postal										4. Soltero																													
Código Postal										5. Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)																													
Código Postal										CONTRATO GOBIERNO																													
Código Postal										G. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas										CONTRIBUYENTE CONYUGE																			
Código Postal										H. Empleado del Gobierno Federal										PLANILLA 2007																			
Código Postal										I. Empleado de Empresa Privada										ESPAÑOL INGLES																			
Código Postal										Su ocupación										Ocupación cónyuge																			
Código Postal										Sello de Recibido																													
Código Postal										1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas										A-Contribución Retenida																			
Código Postal										00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION										B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas																			
Código Postal										(Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique).																													
Código Postal										01 Total de comprobantes con esta planilla																													
Código Postal										Contribución Retenida																													
Código Postal										C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse Instrucciones)										Salarios Federales																			
Código Postal										2. Otros Ingresos (o Pérdidas):																													
Código Postal										A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)																													
Código Postal										B) Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)																													
Código Postal										C) Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)																													
Código Postal										D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, líneas 1A a la 1C, según aplique)																													
Código Postal										E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3D)																													
Código Postal										F) Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)																													
Código Postal										G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1E)																													
Código Postal										H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)																													
Código Postal										I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)																													
Código Postal										J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)																													
Código Postal										K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)																													
Código Postal										L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga:) (14)																													
Código Postal										M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)																													
Código Postal										N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)																													
Código Postal										O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)																													
Código Postal										P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)																													
Código Postal										Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo)																													
Código Postal										R) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)																													
Código Postal										3. Total Ingreso Bruto (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2R)																													
Código Postal										4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe:) (23) (Núm. sentencia) (24) (25)																													
Código Postal										5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4)																													

FORMA LARGA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador: _____ Revisor: _____ 3 RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		2007 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2007 DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL _____ 1 de <u>enero</u> de <u>07</u> Y TERMINADO EL <u>31</u> de <u>Dic</u> de <u>07</u>		<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año	
Nombre del Contribuyente: <u>MARIA</u> Inicial: _____ Apellido Paterno: <u>MATEO</u> Apellido Materno: <u>TORRES</u> Dirección Postal: <u>HC-02-BOX-6045</u> <u>Coamo, P.R.</u> Código Postal: <u>00769</u> "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Número de Seguro Social Contribuyente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Día Mes Año Teléfono Residencia: _____ Teléfono del Trabajo: _____ CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		Sello de Pago	
Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): _____ Código Postal: _____		Número de Recibo: _____ Importe: _____			
<input type="checkbox"/> Electrónico (E-Mail)					
SI NO A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. <input checked="" type="radio"/> ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) F. <input checked="" type="radio"/> ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input checked="" type="radio"/> Jefe de familia (No para casados) 4. <input type="radio"/> Soltero 5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)			
FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas H. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal I. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada		J. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado K. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		CONTRATO GOBIERNO <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE PLANILLA 2008 <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
Su ocupación: <u>ADJUNTA</u> Ocupación cónyuge: _____					

Señor de Recibido

RECIBIDO

APR 15 2008

SIN PAGO

SECRETARIO DE HACIENDA

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

00 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2PR o W-2, según aplique).

01 Total de comprobantes con esta planilla ... 1

A-Contribución Retenida

1,449	00
00	00
00	00
00	00
00	00
1,449	00
Contribución Retenida	
00	00

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

32,560	00
00	00
00	00
00	00
00	00
32,560	00
Salarios Federales	
00	00

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) 00		(02) 00	
2. Otros Ingresos (o Pérdidas):			
A) Ingreso de intereses (Anejo F Individuo, Parte I, línea 10)	(03) 00		
B) Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individuo y Anejo R)	(04) 00		
C) Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)	(05) 00		
D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 1A)	(06) 00		
E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individuo, Parte II, línea 3B)	(07) 00		
F) Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individuo)	(08) 00		
G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte V, líneas 1C y 1D)	(09) 00		
H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individuo)	(10) 00		
I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individuo)	(11) 00		
J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)	(12) 00		
K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)	(13) 00		
L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14)	(15) 00		
M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individuo)	(16) 00		
N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individuo)	(17) 00		
O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individuo)	(18) 00		
P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individuo)	(19) 00		
Q) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital y Planes cualificados (Someta Anejo D Individuo)	(20) 00		
R) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)	(21) 00		
3. Total Ingreso Bruto (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2R)	(22) 32,560	00	
4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe: _____) (23) (Núm. sentencia _____) (24)	(25) 00	00	
5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4)	(30) 32,560	00	

Formulario 482-Rev. 11.08

FORMA LARGA

Liquidador				Revisor			
G	R	O	V	P	1	P	2
N	D	1	D	E	A	M	

☐ PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FUJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

2008 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO **2008**
 DEPARTAMENTO DE HACIENDA
 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS
 AÑO CONTRIBUTIVO 2008 O AÑO COMENZADO EL
 1 de enero de 2008 TERMINADO EL 31 de dic de 2008

Número de Serie

☐ PLANILLA ENMENDADA

☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____
 Día Mes Año

Sello de Pago

Número de Seguro Social Contribuyente

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Día Mes Año

Sexo: ☐ M ☒ F

Número de Seguro Social Cónyuge

Fecha de Nacimiento del Cónyuge: ____/____/____
 Día Mes Año

Teléfono Residencia: (____) ____-____

Teléfono del Trabajo: (____) ____-____

CAMBIO DE DIRECCION: ☐ SI ☒ NO

Número de Recibo: ____
 Importe: ____

101555 S1788 P1 *****5-DIGIT 00769
 MATEO TORRES, MARIA
 HC 2 BOX 6045
 COAMO PR 00769 LE

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Código Postal

Correo Electrónico (E-Mail)

Encasillado 1

SI NO

A. ☒ Ciudadano de Estados Unidos?

B. ☒ Residente de Puerto Rico al finalizar el año?

C. ☒ Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?

D. ☒ Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?

E. ☒ Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo F)

F. ☒ Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

G. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas

H. ☐ Empleado del Gobierno Federal

I. ☐ Empleado de Empresa Privada

Su ocupación Maestra Ocupación cónyuge

J. ☐ Retirado/Pensionado

K. ☐ Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta

2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
 (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)

3. ☒ Jefe de familia (No para casados)

4. ☐ Soltero

5. ☐ Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)

CONTRATO GOBIERNO

☐ CONTRIBUYENTE ☐ CONYUGE

PLANILLA 2009

☒ ESPAÑOL ☐ INGLES

☐ Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individual.

Encasillado 2

Sello de Recibido

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

☒ SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).

☒ Total de comprobantes con esta planilla .. 01

A-Contribución Retenida

1273	00
	00
	00
	00
	00

Contribución Retenida

1,273	00
-------	----

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)(01)

	00
--	----

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

32,506	00
	00
	00
	00
	00

Salarios Federales

32,506	00
	00
	00
	00
	00

Encasillado 2

2. Otros Ingresos (o Pérdidas):

A) Ingreso de intereses (Anejo F Individual, Parte I, línea 10)

B) Participación distribuable en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individual y Anejo R)

C) Participación distribuable en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)

D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individual, Parte II, línea 3B)

E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individual, Parte II, línea 3B)

F) Participación distribuable en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individual)

G) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individual, Parte V, líneas 1C y 1D)

H) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individual)

I) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individual)

J) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)

K) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individual, Parte II, línea 12)

L) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____) (14)

M) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo L Individual)

N) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo M Individual)

O) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo N Individual)

P) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individual)

Q) Ganancia (o pérdida) atribuible a la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo D Individual)

R) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individual)

S) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)

3. Total Ingreso Bruto (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2S)

4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe: _____) (24) (Núm. sentencia _____) (25)

5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4)

Periodo de Conservación: Diez (10) años

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Avenida Teniente Cesar Gonzalez
HATO REY, PR 00919

Esquina Calaf

Exhibit Page 6 of 15

Grupo de Pago: SM -Quincenal

Desde: 06/15/2009

Hasta: 06/26/2009

Aviso #: 51269

Fecha Aviso: 06/30

MARIA M MATEO TORRES HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628	# Empleado:		DATA IMP:	Federal	PR
	Dept:	8005021-Ponce Coamo	Estado Civil:	Married	Married claiming 1/2
	Lugar:	Susana Rivera	Concesiones:	0	3
	Titulo:	DEPARTAMENTO DE EDUCACION	Pct. Adcl.:		
	Sueldo:	\$2,705.00 Monthly	Cant. Adcl.:		

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
		----- Corriente -----		----- Acumulado -----				
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acum
Pago de Salarios Regulares			1,352.50	732.00	16,230.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	19.61	23
Licencia Enfermedad en Exceso			0.00		17.48	PR Withholding	51.83	62

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha

06/30/2009

Aviso N

512694

Cant. Deposito: \$493.51

A la
Cuenta(s) DeMARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628

Localizacion: Susana Rivera

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Dep
Checking	072109688	\$
Total:		\$

NO-NEGOCIABLE

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Avenida Teniente Cesar Gonzalez
HATO REY, PR 00919

Esquina Calaf

Exhibit Page 7 of 15

Grupo de Pago: SM -Quincenal
Desde: 02/19/2010
Hasta: 03/04/2010Aviso #: 9453109
Fecha Aviso: 02/26/20

MARIA M MATEO TORRES HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628	# Empleado: Dept: 8005021-Ponce Coamo Lugar: Susana Rivera Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$2.705.00 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married claiming 1/2 Concesiones: 0 3 Pct. Adel.: Cant. Adel.:
---	---	---

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente Horas	Ingresos	Acumulado Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumul
Pago de Salarios Regulares			1,352.50	240.00	5,410.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	19.62	78.
						PR Withholding	51.83	207.
Total:			1,352.50	240.00	5,410.00	Total:	71.45	285.
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumula
GPR Plan de Retiro de Maestro	121.73	486.92	RM-Pres Cult- Ret Maestros	50.49	201.96	SM-First Medical Health Plan	120.00	240
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mac	263.62	1,054.48	GPR Plan de Retiro de Maestro	114.96	459
			AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	158.17	632.68	FSED Disability Plan	22.99	91
			SM-First Medical Health Plan	127.50	510.00			
			CO-COOP MAESTRO PR	5.00	20.00			
			SC-TRANS OCEANIC LIFE	26.10	104.40			
			AS-ASOC MAESTROS DE P.R.	8.50	34.00			
			Ahorros-AEELA	40.58	162.32			
Total:	121.73	486.92	Total:	679.96	2,719.84	* Tributable		
TOTAL BRUTO			BRUTO TRIBUT. FED			TOTAL IMPUESTOS		
Corriente:	1,352.50			0.00		71.45	801.69	479
Acumulado:	5,410.00			0.00		285.77	3,206.76	1,917
PTO HORAS			ACUM			DISTRIBUCION PAGA NETA		
Balance Inicial:	0.0					Aviso #9453109		479
+ Ganada:						Total:		479
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0							

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919Fecha
02/26/2010Aviso No.
9453109

Cant. Deposito: \$479.36

A la
Cuenta(s) DeMARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628

Localizacion: Susana Rivera

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Depos
Checking	072109688	\$479
Total:		\$479

NO-NEGOCIABLE

Formulario 481 Rev. 27 oct 11

FORMA CORTA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FUJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie 1998103	
Liquidador Revisor		2011 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2011 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011		<input type="radio"/> PLANILLA ENMIENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CONYUGE Sello de Recibido 07-04-2012 06:11:28 PM	
R G R O V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		Número de Seguro Social Contribuyente Fecha de Nacimiento Día Mes Año Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F Número de Seguro Social Conyuge Fecha de Nacimiento del Conyuge Día Mes Año Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Teléfono Residencia 7870000000 Teléfono del Trabajo		Nombre del Contribuyente Inicial Apellido Paterno Apellido Materno MARIA MATEO TORRES Dirección Postal HC 2 Box 6045 Coamo PR Código Postal 00769-0000 "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Conyuge Apellido Paterno Apellido Materno Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) HC 2 Box 6045 Coamo PR Código Postal 00769-0000 Correo Electrónico (E-Mail) PLANILLASGABBY@YAHOO.COM	
Cuestionario SI NO A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación conyuge		E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del conyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del conyuge arriba)			
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) (01) 564 00 A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) 0 00 B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) 0 00 C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 564 00		Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) (05) 0 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 0 00 (b) Intereses (07) 0 00 (c) Recargos 0 y Penalidades 0 (08) 0 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 0 00			
Depósito Tipo de cuenta <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito Número de su cuenta Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del conyuge)		AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente Fecha 07-04-2012 Firma del Conyuge Fecha ✓ Firmada Electrónicamente 04 Nombre del Especialista (Letra de Molde) GABBY A ORTIZ HERNANDEZ Nombre de la Firma o Negocio GABBY A ORTIZ HERNANDEZ Número de Registro 010480 Número de identificación Patronal 660-60-7056 Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input checked="" type="radio"/> Firma del Especialista Firmada Electrónicamente Fecha 07-04-2012			
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO. Si contestó "SI" exija la firma y el número de registro del Especialista Número confirmación: 0407201209819675071998103 Período de Conservación: Diez (10) años					

PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)

Formulario 482 Rev. 31 oct 13

Liquidador		Revisor		2013		ESTADOLIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2013		Número de Serie	
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		AÑO CONTRIBUTIVO 2013 O AÑO COMENZADO EL		1 de enero de 2013 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2013		PLANILLA ENMENDADA		FALLECIDO DURANTE EL AÑO: / /		CONTRIBUYENTE CONYUGE	
CONYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO		Sello de Recibo		Estado Libre Asociado de Puerto Rico DEPARTAMENTO DE HACIENDA 1188 Colaboración Coamo		RECIBIDO		15 ABR. 2014		SECRETARIA DE HACIENDA	
Nombre del Contribuyente		Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente		Fecha de Nacimiento	
MARIA		M		MATEO		TORRES				Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F	
Dirección Postal		HC 4 Box 6045		Coamo PR		Código Postal		00769		Número de Seguro Social Conyuge	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Nombre e Inicial del Conyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno		Fecha de Nacimiento del Conyuge		Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)		BO LO LLANOS		CALLE 3 NO. 36		Coamo PR		Código Postal		00769	
Correo Electrónico (E-Mail)		mariamateo20@gmail.com		Cambio de Dirección:		<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		PLANILLA 2014:		<input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	

Cuestionario	SI NO	A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos?		F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:	
		B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?			
		C. <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)			
		D. <input checked="" type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)			
	E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:		1. <input checked="" type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)		
	1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas		2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del conyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su conyuge)		
	2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal		3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del conyuge arriba)		
	3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada				
	4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado				
	5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)				
	6. <input type="radio"/> Otro				
	Su ocupación		Maestro de Escuela		6110
	Ocupación conyuge				
	CONTRATO GOBIERNO:		<input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Conyuge		

PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 (01) 360 00				
	A) Acreditar a la contribución estimada 2014 (02) 00				
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (03) 00				
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 00				
	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 360 00				
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28) (06) 00				
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 00				
	(b) Intereses (08) 00				
	(c) Recargos y Penalidades (09) 00				
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) (10) 00				

AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO					
Depósito	Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta	
	<input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros				
	Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del conyuge)				

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente		Fecha	Firma del Conyuge
		04/04/14	
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
Luis Torres		Torres Associates	
Firma del Especialista	Fecha	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	Número de Registro
	04/09/14	<input checked="" type="radio"/>	19571

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ Si ☐ No. Si contestó "Si", ejija la firma y el número de registro del Especialista.

Período de Conservación: Diez (10) años

PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)

Formulario 482 Rev. 16 nov 16

FORMA ÚNICA		2016		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2016		Número de Serie										
Liquidador		Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2016 O AÑO COMENZADO EL														
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M						
1 de enero de 2016 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2016																		
Nombre del Contribuyente MARIA				Inicial M		Apellido Paterno MATEO		Apellido Materno TORRES		Número de Seguro Social Contribuyente 00769								
Dirección Postal HC 4 Box 6045										Fecha de Nacimiento Día Mes Año Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F								
Coamo PR										Fecha de Nacimiento del Cónyuge Día Mes Año Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F								
Nombre e Inicial del Cónyuge				Apellido Paterno		Apellido Materno		Teléfono Residencia (787) 320-2858										
Dirección Residencial Comenzada (Barrio o Urbanización, Número, Calle) HC 4 Box 6045								Teléfono del Trabajo										
Coamo PR								Código Postal 00769										
Correo Electrónico (E-Mail) mariamateo20@gmail.com								Cambio de Dirección: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO										
								Solicitó Prorroga: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO										
Cuestionario												FUENTE DE MAYOR INGRESO:						
A. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones)												1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas						
B. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Residente de Puerto Rico durante todo el año?												2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal						
Si contestó "No", indique una de las siguientes:												3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada						
1. Fecha de mudanza a P.R. ()												4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado						
2. Fecha de mudanza fuera de P.R. ()												5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)						
C. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO Generó ingresos fuera del periodo de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad):												6. <input type="radio"/> Otro						
Atribuible al contribuyente \$												ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:						
Atribuible al cónyuge \$												1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase a Anejo CO Individuo)						
D. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO Otros ingresos excluidos o exentos de contribución?												2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:						
Someta Anejo IE Individuo												3. <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes						
E. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)												4. <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge)						
F. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?												5. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)						
G. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio:)												CONTRATO GOBIERNO:						
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge												<input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge						
PÁSE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.																		
Reintegro																		
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01																		
A) Acreditación de la contribución estimada 2017 (01)																		
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02)																		
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03)																		
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04)																		
Pago																		
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (05) 62																		
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (06) 62																		
(b) Intereses (07) 00																		
(c) Recargos y Penalidades (08) 00																		
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (09) 00																		
Depósito																		
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO																		
Tipo de cuenta <input type="radio"/> Cheques Ahorros																		
Número de ruta/tránsito																		
Número de su cuenta																		
Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)																		
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.																		
Firma del Contribuyente												Fecha						
FIRMA ELECTRÓNICAMENTE												17/04/2017						
Nombre del Especialista (Letra de Molde)												Nombre de la Firma o Negocio						
Luis Torres												Torres Associates						
Firma del Especialista												Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)						
FIRMA ELECTRÓNICAMENTE												Número de Registro						
17/04/2017												19571						

Formulario 482 Rev. 4 dic 17

FORMA ÚNICA		2017	GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2017	Número de Serie
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Liquidador</div> <div>Revisor</div> </div>		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL			<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CÓNYUGE <input type="radio"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: _____ Día Mes Año
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M</div> <div>1 de enero de 2017 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2017</div> </div>					
Nombre del Contribuyente: MARIA Inicial: M Apellido Paterno: MATEO Apellido Materno: TORRES Dirección Postal: HC 4 Box 6045 Coamo PR 00769		Número de Seguro Social Contribuyente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Teléfono Residencia: (787) 320-2858 Teléfono del Trabajo: _____ CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No			Sello de Recibo 14/04/2018 11:01:48 AM
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): HC 4 Box 6045 Coamo PR 00769		Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Teléfono del Trabajo: _____ CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge			
Correo Electrónico (E-Mail): mariamateo20@gmail.com		FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Perisionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro			
Cuestionario A. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día _____ Mes _____ Año _____) 2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día _____ Mes _____ Año _____) 3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año C. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "Si", indique la cantidad): 1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ _____ 2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Sujeto de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día _____ Mes _____ Año _____) H. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="radio"/> Contribuyente (Núm. decreto _____) 2. <input type="radio"/> Cónyuge (Núm. decreto _____)		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Indiv <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge _____			
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro		1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 142 A) Acreditar a la contribución estimada 2018 (01) B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 142 (05)			
Pago		2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalidades (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10)			
Depósito		AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta: <input checked="" type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: 021502011 Número de su cuenta: 072109688 Cuenta a nombre de: MARIA MATEO TORRES (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente: FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde): LUIS A TORRES		Fecha: 14/04/2018		Firma del Cónyuge: _____ Nombre de la Firma o Negocio: TORRES ASSOCIATES	
Firma del Especialista: FIRMADA ELECTRONICAMENTE		Fecha: 14/04/2018		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="radio"/> Número de Registro: 19571	
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.					

Conf. 04142018104D828CF21458957

Período de Conservación: Diez (10) años

PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)

Formulario 482 Rev. 23 oct 18

Liquidador R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		Revisor		2018 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2018 PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL 01 de ene. de 2018 Y TERMINADO EL 31 de dic. de 2018		Número de Serie <input type="checkbox"/> PLANILLA ENMIENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPERSTITE P. DE OTRO PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO ____ que seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: ____/____/____ Sello de recibido 12/04/2019 6:08:36 PM	
Nombre del Contribuyente MARIA		Inicial M		Apellido Paterno MATEO		Apellido Materno TORRES	
Dirección Postal HC 4 Box 6045				Fecha de Matrimonio Día ____ Mes ____ Año ____		Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Coamo PR Código Postal 00769				Número de Seguro Social Contribuyente ____		Número de Seguro Social Cónyuge ____	
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno				Fecha de Nacimiento del Cónyuge Día ____ Mes ____ Año ____		Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) HC 4 Box 6045				Teléfono Residencia (787) 320 - 2858		Teléfono del Trabajo () ____	
Coamo PR Código Postal 00769				CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No		CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge	
Correo Electrónico (E-Mail) torresmateomaria7@gmail.com				SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No		CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge	

Cuestionario	SÍ NO		I. FUENTE DE MAYOR INGRESO:	
	A. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones)		1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas	
	B. <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año?		2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal	
	Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día ____ Mes ____ Año ____) 2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día ____ Mes ____ Año ____) 3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año		3. <input type="radio"/> Empleado Empresa Privada	
	C. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Generó ingresos fuera del periodo de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): 1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ ____ 2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$ ____		4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="radio"/> Otro ____	
	D. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)		J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> ____ (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)	
	E. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)		Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110	
	F. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día ____ Mes ____ Año ____) H. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="radio"/> Contribuyente (Núm. decreto ____) 2. <input type="radio"/> Cónyuge (Núm. decreto ____) Ocupación del cónyuge ____			

PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.				
Reintegro	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29 indique distribución en las líneas A, B, C y D) (01) 0 00			
	A) Acreditar a la contribución estimada 2019 (02) 0 00			
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estudio de la Bahía de San Juan (03) 0 00			
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (04) 0 00			
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (05) 0 00				
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 99 00			
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) 0 00			
	(b) Intereses (08) 0 00			
	Recargos 0 y Penalidades 0 (09) 0 00			
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10) 99 00				

Depósito	AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO	
	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros	Número de ruta/tránsito ____
	Cuenta a nombre (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)	Número de su cuenta ____

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente		Fecha 12/04/2019	
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
Firma del Especialista		Fecha	
Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)		Número de Registro	

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☐ SI ☒ NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Periodo de Conservación: Diez (10) años